

**Doležalova, P. ROLE RODIČŮ, PEČOVATELŮ, PŘI PRÁCI
S TRAUMATIZOVANÝM DÍTĚTEM, konference: Křižovatky I 2009, Maclix,
Bratislava 2010 ISBN 978-80-969253-1-5**

Abstrakt: V příspěvku bude zmíněna problematika traumatu, především v dětském věku, jeho charakteristiky, typy a vliv na chování. Mnohé traumatogenní podněty a faktory ovlivňující trauma mohou být podceněny. Nedostatek informací o nich může vést k nevhodným intervencím, které mohou dítě retraumatizovat a jeho reakce se mohou manifestovat v rizikovém chování vůči sobě nebo druhým, vyústit do různých podob symptomů i poruch osobnosti. Budou uvedeny formy adaptace na trauma a komplexní vliv na rozvoj osobnosti. Při snižování vlivu traumatu hrají významnou roli především rodiče, ale i pečovatelé, pedagogové, a to především ve vytváření vhodného sociálního prostředí a podnětných sociálních interakcí, adekvátních terapeutických intervencí, s dostatečnou mírou objektivních znalostí z této oblasti.

Naše kultura vytváří náhodně různé formy traumat – v rodinách vlivem konfliktních a rozvodových situací, ale také při některých lékařských procedurách a v porodní praxi, při uplatňování mechanických převýchovných a pedagogických technik nebo při dalších zcela neuvědomovaných zátěžových okolnostech, které působí na děti již před jejich narozením. Zjevné i skryté formy traumat působí komplexně na zabezpečení základních potřeb dítěte a na jeho smyslupné bytí či ztracenost mezi světem bezpečným a dobrým, nejistým a ambivalentním nebo nebezpečným a nechutným. Každý z nás zažil něco více či méně nepříjemného. Někdo je více odolný a někdo méně, mnozí z nás jsou schopni se se zážitkem vyrovnat, případně jím byli posíleni, říká se: “Co tě nezabije, to tě posílí”. Záleží na tom, kdy se nám tato okolnost stala v jakém prostředí a jak byla uchopena nejbližší rodinou, pedagogy aj. Mnoho lidí nemá své těžkosti zpracovány, těžké zážitky jsou stále utajeny i jimi samými nebo se manifestují do nějaké podoby psychických nebo somatických symptomů.

Majoritní kultura na základě své mentální vyspělosti a svých norem pro určité jedince přijímá a vytváří dobré místo, pro jiné vytváří vědomá či nevědomá ohraničená místa a má tendence krátce nebo dlouhodobě vyřadit osobnosti, které se chovají jinak, než většina ostatních lidí dané kultury. V určité životní situaci např. v pubertálním období bývá pro mladého člověka běžné, že testuje sociální realitu, svým chováním může sebe i druhé dokonce ohrožovat. Za tímto rizikovým chováním a deficitem ve školním výkonu mohou být manifestující se symptomy ranného traumatu. Traumatická událost mění člověka, mnozí lidé mají nerozpoznané traumatické symptomy objevující se v čase. Mnohé události nebývají podle objektivních měřítek (podle obecných společenských norem) považovány za traumatizující, ale za neškodné. Subjektivně ale jejich intenzita může být zcela odlišná a má silný vliv na vývoj zdravého Já. Určitě každý z nás si vzpomene na školní léta, kdy se nám přihodilo něco nepříjemného,

např. při hře, jídle, nepodařeném výkonu při sportu, při výtvarné výchově, nepodpoře od pedagoga apod.

Pedagogové, rodiče a další pracovníci, kteří pečují o děti se mohou každodenně setkávat s psychickými či fyzickými traumatickými vlivy uloženými v mozku i paměti těla dítěte. Dnes již víme, že traumatické události ovlivňují chemii mozku, fyziologii těla, ovlivňují negativně dynamiku nevědomí. Traumatické události mají vliv již na nenarozené dítě a na další vztahování se ke světu a přesahují další generace i kultury. Traumatickým událostem především u dětí lze předcházet. Pokud se to nepodaří, tak můžeme poskytovat senzitivní, uvědomělou, všímavou péči, zaměřenou na vztah, terapeutické doprovázení, využívat různé terapeutické intervence a integrovat přístupy dle potřeb klienta a můžeme předcházet dalšímu zhoršování kvality života a tím eliminovat přenosy na další generace.

Trauma přebývá v nervovém systému

Charakteristické pro trauma je velmi silný omračující, životu nebezpečný a děsivý zážitek přesahující naše tělo, ohrožující závažně integritu těla i duše, narušující coping mechanismy. Cítíme se zcela bezmocní, beznadějní, nestojíme na vlastních nohách, necítíme půdu pod nohama. Traumatická událost je ohrožení našich blízkých, dětí, obydlí, jsme účastníci při nehodě, zabití, fyzického násilí, přepadení, okradení. Tento stručný popis nemůže zobrazit odraz a hloubku traumatu v lidské zkušenosti. Zranitelnost vůči traumatu je u každého jiná, záleží na věku a průběhu traumatu. Malé děti reagují na traumatickou událost jinak, než starší děti nebo dospělí. Zvýšeně senzitivní a zranitelné jsou zvláště malé děti. Léčba traumatu spočívá v rozpoznání a léčení symptomů, protože traumatické symptomy jsou často výsledkem primitivních reakcí a jsou těžko rozpoznatelné (Levine, 2002).

Lidé reagují podobně jako zvířata a hlavní funkcí našeho mozku je přežít. U traumatické události reagujeme instinktivně, významně se na reakcích podílí nejstarší struktura mozku, mozkový kmen (mozek plazů, který je základem funkcí k přežití a instinktivních reakcí). Naše reakce jsou složitější, než u zvířat. Limbický systém (mozek savců, kde se odehrávají emocionální a sociální reakce) získává impulsy z mozku plazů a je přemostěním k racionálnímu mozku. K traumatizování dojde, když neokortex (racionální mozek, vývojově poslední vzniklá část mozku) zruší některé instinktivní obranné reakce - útok, útěk nebo zamrznutí. U lidí je trauma výsledkem vyvolaného cyklu, který nebyl dokončený mezi mozkovým kmenem, limbickým systémem a neokortexem. Bez procíťování významu a spojení se svým instinkty, emocemi nemůžeme prožívat spojení se zemí, blízkými ani pocit, že k nim patříme. Vlivem traumatu není nervový systém poškozený, ale je v nevyváženém zamrzlém stavu. Při léčebné transformaci, musíme naše tři mozky integrovat k celistvosti a k přirozenému prožívání vitality, která umožňuje naplňovat evoluční vývoj a smysl života. Ukončení přerušného procesu je prevence chronicity posttraumatické reakce.

Někteří lidé jsou vůči traumatickým událostem zranitelnější, nemají vytvořeny adaptivní reakce nebo se ani nemohou zařadit do spektra obranných strategií.

Shore(1996), van der Kolk (1997, 1998), Siegel (1999), De Bellis a kol.(1999), Perry a kol.(1995) a jiní tvrdí, že predispozice k psychickým poruchám, včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSP) lze najít ve stresujících událostech z raného vývoje: zanedbávání, tělesné a sexuální zneužívání, selhávání ranných vazeb, jednotlivé traumatické události, jako je hospitalizace, smrt rodiče, autonehoda aj. Existuje předpoklad, že lidé, kteří v raném dětství zažili trauma nebo nezažili zdravou vazbu, mají později v životě omezené schopnosti regulovat stres, pochopit smysl traumatických zážitků (in Rothschild 2000). Přestože někteří dospělí a adolescenti zažili dobré harmonické dětství, ale byli vystaveni ochromujícím traumatickým událostem (válka, holokaust), může u nich vzniknout PTS nebo PTSP a mohou se vyvinout duševní poruchy. Rothschild (2000) uvádí, že kojenecké období není jedinou příležitostí, kdy může člověk zažít zdravé připoutání, vazbu. U traumatizovaného kojence nemusí nevyhnutelně vzniknout dysfunkce. Např. mnohé děti, které byly deprivované nedostatečným vztahem v dětství, ho dokáží do velké míry nahradit později v životě vztahem s nejlepším kamarádem, výjimečným učitelem nebo vychovatelem. Mnozí tuto léčivou vazbu dlouho nacházejí v milostném vztahu a takto jej do jisté míry kompenzují, což může být pro vztah jistou komplikací.

Traumatogenní podněty v dětství

Některé události, které považujeme za běžné, mohou působit jako trauma. Lékařské zákroky, které považujeme za standardní, způsobují trauma. Také u narozených dětí jsou následky chirurgických zákroků, dlouhodobé nehybnosti, nestimulace stále velmi podceňovány. Tělo na buněčné úrovni vnímá, že utrpělo natolik vážný zásah, který ho může přivést až do smrtelného nebezpečí. Racionálně můžeme operaci věřit, ale naše tělo jí nevěří. Pokud jde o trauma, vnímání instinktivního systému je zásadní. Tento biologický fakt je primárním důvodem, proč chirurgické zákroky produkují posttraumatické reakce (Levine, 2002). Nejčastějšími událostmi, které způsobují traumatické reakce u dětí jsou: určité lékařské zákroky, anestézie, dlouhodobá nehybnost, hospitalizace, zákroky na hlavě (mandle, zuby, uši, nos), choroby doprovázené vysokou horečkou, náhodné otravy, nitroděložní a porodní trauma. Brzké a špatně načasované odkrytí tabuizované informace (adopce, sexuální identita, vydírání, zneužití), ztráta rodiče, blízké osoby, úmrtí zvířete, nehody, fyzické zranění u her a sportu, sexuální a emoční zneužívání, týrání a zanedbávání. Dlouhodobé opuštění jednoho z rodičů, trestný čin rodiče a jeho umístění do výkonu trestu, rozchod, nevěra rodičů, umístění dítěte mimo rodinu, rozdělení sourozenců, časté stěhování a změna domova, změny pečovatелů. Přítomnost při násilném činu, únos, přepadení, vyslechnutí příběhu o násilí, sledování násilných a brutálních scén v TV nebo na internetu.

V průběhu vývoje ego se vytváří adaptační mechanismy. Ego se vyvíjí jako nepopsaný list a text se rodí učením od rodičů, pečovatелů a vytváří se schopnost mít prostor a containment pro různé události. Proces zrání osobnosti je proces obalování duše egem (A. Pesso). Ego se vyvíjí, abychom rozlišili co jsem Já a co nejsem Já, umožňuje nám být si vědom své existence, energie, kterou máme uvnitř a navenek. Chrání nás od

podnětů a zkušeností, které nejsme schopni pojmout. Významné pro reakci a transformaci traumatické události je, jak je ego silné a zralé, neboť při krizi může dojít k fragmentaci a rozpadu ega. Pokud se základní obal ega nevytvořil zhruba do tří let, může docházet k poruchám osobnosti, psychickým a somatickým problémům.

Formy adaptace na trauma

Jednou z nejčastějších adaptačních mechanismů je disociativní obrana, kterou můžeme chápat jako odpojení od myšlení, emocí a těla na jednom konci a na druhém se může projevit jako vícečetná porucha osobnosti. Dochází ke zkreslení času, prostoru, sledu událostí. Úplné odpojení lze zažít při životu nebezpečné události, např. při zneužití se dítě může pozorovat mimo svého těla a nemít žádné pocity. Disociace je nejběžnější a nejzáhadnější symptom traumatu, který umožňuje unést nesnesitelné zážitky, např. napadení divokým zvířetem. Projevuje se zamrznutím, snížením srdeční činnosti, imobilitou. „Pravá hemisféra“, kde se nacházejí emocionální zážitky vznikající ještě před rozvojem řeči, je odpojena, takže i u malého dítěte se může rozvinout PTSD. Takto rané trauma ovlivňuje kognitivní schopnosti a regulaci pozitivních i negativních emocí. Pokud se nahromaděná energie neodplaví, může disociace přerůst do chronické podoby nebo dalších symptomů. Zdá se, že jde o množinu příbuzných forem rozštěpení vědomí (Rothschild, 2000). U depersonalizace má člověk zdání neskutečnosti sebe sama, odcizení od těla, svých tělesných pochodů, má pocity, že neovládá své tělo, je oddělen o své psychiky, smyslové podněty vnímá jaké cizí a izolované. Derealizace je často propojena s depersonalizací, okolí je prožíváno jako neskutečné, objekty a místo, kde se člověk nachází, se jeví jako neznámé. Z praxe vyplývá, že u dětí, které jsou dlouhodobě traumatizovány, se objevují takové reakce, které jsou diagnostikovány jako poruchy učení a zhoršování školního výkonu, psychické poruchy, poruchy řeči, afektů, různé formy závislostí, které přesahují do dospělosti a mohou se zvýraznit v období dospívání.

Formy adaptací umožňují dítěti přežít traumatizování a zachovat si zdání normálnosti. Symptomy jsou zpravidla dobře utajeny. Formování zhoubné identity je maskované sociálně konformním „falešným Já“. Zdroje psychosomatických symptomů se málokdy odhalí. Některé tyto děti mohou svým agresivním, delikventním chováním vzbudit pozornost, ale rozsah svých psychickým problémů dokáží utajovat a v dospělosti mají tajemství, o kterém nikdo ani nic netuší. (Herman, 2001). V případě nějaké traumatické události v rodinném nebo ve školním prostředí mají děti i dospělí výrazně jiné reakce. Dětské reakce jsou rychlejší, více instinktivní a také se rychleji reparaují. Reakce dospělých bývají jiné, doprovázeny neutrálním postojem „profesionála“. Dospělí jsou spíše výkonní a vše chtějí brzy změnit, někdy nejsou schopni vytvořit bezpečný časový prostor pro návrat k instinktivním projevům a léčivému přemostění od těla, k emocím a uvědomění si souvislostí.

Komplexní vliv traumatu na dětskou osobnost

Osoby, které zažili trauma v ranném dětství, jsou těžko zařaditelní, mívají poruchy osobnosti (hraniční osobnost). Rizikové projevy chování, které mohou souviset s

nerozpoznanými rannými traumaty se objevují často ve škole a školních zařízeních. Pedagogové, psychologové v poradenství ani další profesionálové nemohou z nedostatku informací od rodičů i dětí zjistit pravé příčiny školního selhávání, agrese, promiskuity, šikanování, záškoláctví aj., neboť ani diagnostické metody nemohou odkrýt všechny souvislosti. Jak již bylo výše uvedené, signifikantní je rozpoznat symptomy, spojit je s rodinnou historií a dalšími životními cestami dítěte. Pokud se pohlíží a hodnotí jen projevy chování a výkonu dítěte, pak následují negativní výchovně pedagogická hodnocení, jsou udělovány sankce. Tato slepá cesta vede k retraumatizaci a prohlubování a zacyklení obtíží v chování. Z praxe víme, že je jednodušší traumatům předcházet a zabránit jim, než je léčit. Chronicky traumatizovaní klienti, kteří se léčí ze závislosti na drogách, dokáží svá traumata obranně skrývat. Kudrle (2003) popisuje trauma II. typu (chronické trauma), které vzniká téměř vždy v dětství a přerušuje vývoj. K obranným mechanismům v některých případech můžeme u těchto klientů řadit „acting out“ reakce, jako destruktivní injekční užívání drog, kriminální chování, prostituce (in Doležalová, 2009). Neléčené duševní poruchy v dětství včetně PTSD jsou největším rizikem zneužívání drog (Gray 1999 in T. Dayton 2000).

V praxi se více zabýváme dětmi, které se projevují rizikově a jejich chování je nápadné a v skupině jsou výrazní. Méně nás oslovuje chování dětí, které jsou velmi hodné, nenápadné, uzavřené, stažené do sebe, sociálně vyřazené, mohou být také velmi nadané, intelektuálně a religiozně zaměřené. Tyto děti vzhledem k tomu, že jsou nenápadné a hodné, bývají dospělými přehlíženi. Některé děti se přizpůsobí sociálním a kulturním normám, řádu, požadavkům instituce, školy a naučí se konformně žít a přijmou falešné Já. Sociálně bývají zdatní, mají šarm, ale nejsou v kontaktu se svým pravým já a pokud bude docházet k neuvědomovanému retraumatizování a nerozpoznání původních příčin určitých projevů chování nedojde k reparaci a spíše se rozvine duševní choroba, disocialita apod. Po traumatické události je důležité s vědomostmi, velkou motivací a podporou okolí, klást důraz na to, aby se ego ve zdravém léčebném procesu propojovalo s duší a směřovalo k zdravému Já. Pozitivní a nadějně je, že mnoho osob má značnou schopnost reparability a nepotřebují vždy terapeutické intervence, ovšem podporu ve správný čas, na správném místě a se správnými lidmi je třeba poskytnout lidsky i profesionálně a to především dětem.

Rizika vývojového traumatu

Vývojové trauma ovlivňuje vývoj dětské osobnosti komplexně, hlavní oblasti jsou: a) deficit v attachmentu (vazba, připoutání) a bondingu (základní emocionální semknutí), b) vliv na neurologický vývoj mozku, c) disociativní poruchy, d) deficit v kognitivních funkcích, e) rizikové projevy v chování, f) problematické sebepojetí ve vytváření nepravdivého Já, g) vliv na změnu hodnot a postojů. Děti, které měly naplněny včas všechny potřeby a byly dobře zaopatřeny, mají vytvořeny v dospělosti různé strategie a pružně reagují na životní zátěže. Jejich mozek je schopen integrovat a zpracovat pozitivně i negativně zabarvené zážitky a vytvářet další strategie a postoje. Děti, které byly vychovávány pečovateli, kteří nedokázali naplnit velkou část jejich

potřeb, jsou vystaveny riziku nižší adaptace a flexibility zvládat životní zátěže, jejich mozek bude méně schopný zpracovat závažné a stresující události. Tyto osobnosti mají těžkosti s pochopením významu některých životních událostí, jsou náchylnější k psychickým poruchám a chorobám, jako jsou závislosti a deprese a PTSP (Shore, 1994) in Rothschild 2000. Attachementu (připoutání) je přiřkládán klíčový význam ve vztahu ke zdravému vývoji dítěte od prvních dní života dítěte (Shore 1994; Siegel, 1999; van der Kolk, 1998). Připoutání stimuluje vývoj mozku a posiluje schopnost člověka emocionálně fungovat, dobré interakce mezi matkou nebo pečovatelem a dítětem v dostatečně dlouhém čase, má vliv na dozrávání nervového systému a mozku. Toto pouto vzniká již dříve před narozením dítěte, v srdci matky i otce, kde pro něj vytváří symbolické místo k životu. Bonding je speciální druh základního emocionálního semknutí, můžeme jej vnímat jako komfortní prociťování pohody a propojování se navzájem, které se odehrává mezi matkou a novorozencem. Zahrnuje čtyři základní komponenty: a) vzájemné doteky na kůži, b) komunikace zahrnující oční kontakt a mateřský hlas, c) držení, d) hravost. Bonding s otcem také začíná před narozením, novorozenec rozpozná jeho hlas. Výzkumy potvrzují, že genetický materiál je aktivován nebo deaktivován naším bezprostředním okolím. Jinými slovy, geny jsou „zapnuty“ nebo „vypnuty“ v dění vzácného a úžasného rytmu a resonance mezi novorozencem a prostředím vytvořeném především matkou a otcem (Levine, Kline, 2007).

Rozpoznání symptomů emocionálního traumatu

Rozpoznání symptomů u emocionálního traumatu bývá těžké i pro profesionály. Symptomy rozlišujeme fyzické, emocionální, kognitivní. A) Fyzické symptomy: poruchy spánku, příjmu potravy, sexuální dysfunkce, nízká energie, chronická nevysvětlitelná bolest. B) Emocionální symptomy: úzkost, deprese, spontánní pláč, zoufalství, beznaděj, paniky, bázlivost, compulsivně obsedantní chování, ztráta kontroly, dráždivost, hněv, emocionální otupělost, uzavřenost. C) Kognitivní symptomy: úbytek paměti-speciálně o traumatu, těžkosti v rozhodování, nízká schopnost soustředění, roztržitost, ADHD symptomy. V níže uvedené tabulce W.Steele a M. Raider (in Levine, Kline, 2007) považují za významné rozlišení obrazu traumatu od zármutku, žalu, především pro správnou diagnostiku a dobré směřování léčebných intervencí a vyvarování se a podcenění reakcí na trauma, zvláště u dětí.

Zármutek/žal	Trauma
Obecnou (generalizovanou) reakcí je smutek	Obecnou reakcí je děs/teror
Odezvy/reakce zapříčiněné zármutkem jsou osamocené	Trauma zpravidla zahrnuje reakce způsobené zármutkem
Reakce způsobené zármutkem jsou známé	Reakce zapříčiněné traumatem, zejména u dětí, jsou neznámé většině veřejnosti i

většině odborníků a některým laikům	mnoha profesionálům
V případě zármutku může mluvení přinést úlevu	U traumatu může být mluvení velmi obtížné až nemožné
V případě zármutku je bolest potvrzením ztráty	U traumatu bolest spouští děs/teror, pocit ztráty, naprosté bezmocnosti a ztrátu pocitu bezpečí
V případě zármutku je hněv většinou nenásilný	U traumatu se hněv často stává násilným vůči druhým i člověku samému (zneužívání návykových látek/ domácí násilí)
V případě zármutku, „pocit viny“ říká: „káž bych býval něco udělal/neudělal	U traumatu „pocit viny“ říká: byla to má chyba, mohl/a jsem tomu zabránit a/nebo mělo se to stát raději mě
Zármutek obvykle nemění, „nemrzačí“ vnímání sebe sama a sebevědomí člověka	Trauma většinou zasahuje, deformuje a „mrzačí“ vnímání sebe sama a sebevědomí člověka
U zármutku se ve snech objevují ti, jež jsme ztratili	U traumatu se ve snech člověk sám ocitá v pozici potencionální oběti, sny jsou plné hrůzných obrazů
Zármutek obvykle nezahrnuje trauma	Trauma zahrnuje reakce způsobené zármutkem spolu s dalšími reakcemi jako jsou „návraty do minulosti“, lekavost, nadměrná nespavost, otupělost
Zármutek je léčen skrze emocionální uvolnění	Trauma se uvolňuje skrze osvobození („vyprázdnění“) a samoregulaci
Reakce spojené se zármutkem časem přirozeně slábnou	Symptomy traumatu se mohou časem zhoršovat a rozvinout do posttraumatické stresové poruchy a/nebo zdravotních problémů

Jak rozpoznáme, že dítě bylo traumatizované?

Trauma je vždy neobvyklý zážitek a jakékoliv neobvyklé chování, krátce po hroživé události, lékařském zákroku, zvláště s anestézií, nutkavé chování při hře, může být signifikatní při rozpoznání symptomů. Levine (2002) naznačuje, čeho bychom si měli všimnout:

Přetrvávající kontrolující chování.

Regresivní chování jako při nižším věku.

Záchvaty zlosti, nekontrolovaný atak nenávisti.

Hyperaktivita.

Tendence lehce se vylekat.

Noční děsy, noční můry, noční pomočování, souboje ve spánku.

Neschopnost se ve škole koncentrovat, zapomnětlivost.

Přílišná bojovnost x vystrašenost, stud.

Extrémní potřeba vazby.

Bolesti - hlavy, břicha, závratě, jiné neznámého původu.

Jak pracovat s traumatizovaným dítětem

Terapeutický přístup se odvíjí od zaměření terapeuta, věku a dle individuálních potřeb dítěte. U malých dětí je hra vhodná cesta k nalezení vnitřních zdrojů, jak pomoci podpořit léčebný proces. Levine (2002) popsal pět principů, jak zpracovávat trauma u dětí: 1. *Nechat dítě, aby si samo regulovalo tempo hry.* Dítě se nemusí vyjadřovat verbálně, ale chováním, reakcemi. Respektujeme přání dítěte a jeho způsoby komunikace. Nenutíme dítě dělat více, než je ochotné a schopné. Přítomnost strachu, stáhnutí, křečovitě dýchání nebo omámení (disociace) jsou signály ke zpomalení. 2. *Rozlišujte strach, hrůzu a vzrušení.* Dětem je třeba dovolit se vyhnout strachu, hrůze při hře, ale je třeba vědět, zda jde o vyhnutí se nebo únik. Vyhybavé jednání se objevuje, hrozí-li u dítěte strach nebo hrůza z ochromení. Obvykle se objevuje úzkost, pláč, křik, vylekaný pohled. Na druhou stranu aktivní únik může být pro dítě zábavný a vítězný. Vzrušení je příznakem, že dítě uvolňuje emoce, které doprovázely původní zážitek. Trauma se transformuje změnou přijatelných emocí a pocitů. Může se uskutečnit jen na úrovni aktivace, která je podobná aktivaci vedoucí k traumatické reakci. V tuto chvíli dítě potřebuje podporu, pokud je dítě ustrašené potřebuje utišit a trpělivě je třeba vyčkat k pokračování v další hře. 3. *Postupujte malými kroky.* Při hře je třeba využít její cyklický charakter. Klíčový rozdíl mezi zpracováním traumatu a traumatickou hrou je v tom, že při zpracování vyskytují malé rozdíly v reakcích a chování dítěte. I minimální změny u dítěte jsou známkou, že se přes traumatickou událost dostává, nezáleží na množství opakování sekvencí hry. Důležité je reagovat na dítě a mnohdy vynechat složitý scénář. 4. *Bud'te trpěliví.* Nejtěžší pro dospělého je víra, že se vše v dobré obrátí. Příroda je na naší straně. Naše pocity se přenášejí na dítě, proto je třeba vytvořit nádobu důvěry a trpělivosti. Velká část dítěte chce tento zážitek přetvořit a my musíme počkat až tato část bude aktivní. Pokud si příliš nevěříte, že se traumatická událost může transformovat, můžete svému dítěti vyslat nevědomý konfliktní odkaz. Do této pasti se chytají rodiče, kteří mají své nevyřešené traumatické zážitky, proto je dobré o pomoc požádat profesionála a to jak pro dítě, tak

pro sebe. 5. *Pokud cítíte, že dítě nemá ze hry skutečný zisk, tak ji přerušte.* Některé děti potřebují více času se zpracováním traumatu ve hře, ale pokud dítě po opakování stále směřuje ke stažení, než k vítězství a radosti, tak ho dále nenuťme a poraďme se s profesionálem, neboť léčba traumatu je složitá a komplexní práce.

Doporučení pro rodiče, pedagogy:

Všímat si svých reakcí, uvědomit si dech, posturalitu, mimiku, pro dospělého to není snadné, najít si svou cestu ke zklidnění.

Udělat dobrý containment - obal, dobrý tělesný kontakt sám se sebou a dobré uzemnění.

Mluvit na dítě klidně, být s dítětem v kontaktu, děti častěji upadají do spánku.

Dát dítěti dostatek času, podpořit jeho emoce, nezastavovat projevy, citlivě aktivovat symptomy, léčivé intervence děti vnímavě prožívají.

Počkat s otázkami, jak se to stalo..., na to bude čas později.

Důvěřovat ve velkou dětskou autoreparaci, je to prevence retraumatu.

Pokud to dítě překoná, nechat ho mluvit co chce, podporovat, i když mluví o něčem jiném, jako by to s událostí nesouviselo, podporovat ho ve vyjádření.

Děti mohou mít změněný rytmus, v noci jsou aktivní, těchto reakcí je dobré využívat ve hře, podporovat i hlasem, neutlumovat, někdy ho to rozruší a pláče, pak je třeba přerušit hru, potřebují fyzický kontakt a zklidnění, případně zkusit jinou hru.

Již 2,5 leté dítě přemýšlí o tom, co se stalo a chce tomu porozumět, často si takto malé děti rekapitulují události.

Dospělí by měli věřit ve schopnost dětí autoléčby, ale také zbytečně nemytologizovat samoléčbu, neboť je nutná asistence odborníka a vytváření a znovunastavování interakcí a bazální důvěry k dospělým a světu. Dospělí by se měli vyvarovat zahlcením vlastními emocemi a fyziologickými reakcemi, nespěchat, nepanikařit a nevyslýchat, neboť by nebyli schopni vytvořit dostatečně dobré a bezpečné prostředí pro transformaci traumatické události dítěte. Traumatické události by neměly být ignorovány a podceňovány. Dětem s různými formami rizikového chování, ze složitých rodinných poměrů, je třeba věnovat multidisciplinární odbornou pozornost a terapeuticko optimistický přístup. Pedagogičtí pracovníci, terapeuti a další profesionálové by měli poznat své možnosti při práci s těžkými tématy traumatu a měli by mít dostatečnou odbornou supervizi a péči o své tělo i duši.

Literatura:

DOLEŽALOVÁ, P. Trauma v dětském věku v kontextu rizikového chování, Konference: Kam kráčíš primární prevence. Praha 2008

DOLEŽALOVÁ, P. Specifika arteterapie v terapeutické komunitě pro drogově závislé. Časopis Arteterapie, č. 18/2009, Praha. 72 s. ISSN 1214-4460

CLEVEOVÁ, E. Drž tátu za ruku, Praha, NLN s.r. o., 2004. 145 s. ISBN - 80-7106-804-7

HERMAN, J. L. Trauma a uzdravenie, Aspekt, Bratislava 2001 342 s. - ISBN 80-85549-24-7

LEVINE, A. P. Prebúdzanie tigra, Pro Familia, Humenné 2002. 232 s. ISBN 80-967964-3-7

LEVINE, P., KLINE, M. Trauma Through A Childs Eyes. North Atlantic Books Berkeley, California, 2007. 509 p. ISBN. 978-1-55643-630-7

KALINA, K. Drogy a drogové závislosti 1-Kudrle, S. Trauma a závislost ÚV ČR Praha, 2003. 318 s. ISBN 80-86734-05-6

PÖTHE, P. Emoční poruchy v dětství a dospívání, psychoanalytický přístup, Grada, Praha 2008. 149 s. ISBN978-80-247-2131-6

ROTHSCHILD, B. The Body Remembers, The psychofysiology of Trauma and Trauma Treatment. W.W. Norton and Company, 179 p. NY 2000. ISBN-0-393-70327-4

The Origins of Trauma, Trauma and Addiction: Ending the Cycle of Pain Through Emotional Literacy by Tian Dayton, Ph.D. 2000 Health Communications, Inc., <http://www.enotalone.com/article/4231.html>

PESSO, A. pozn. z výcviku PBSP (další informace na [http:// www.pbsp.cz](http://www.pbsp.cz))